

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N° 355
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 16 juillet 1900 à 1 heure

Par Madame **Rachel KRITCHEWSKA**

Née à Kichineff (Russie) en 1873.

— ** —

SALPINGITE HÉMORRHAGIQUE
(ÉTUDE HISTOLOGIQUE)

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. KIRMISSON, professeur.
VARNIER et LEPAGE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

—
1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
		DEBOVE.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
		LANNELONGUE
Pathologie chirurgicale.		CORNIL.
Anatomie pathologique		MATHIAS DUVAL
Histologie.		TERRIER.
Opérations et appareils.		POUCHET.
Matière médicale et pharmacologie.		LANDOUZY
Thérapeutique		PROUST.
Hygiène.		BROUARDEL.
Médecine légale.		BRISAUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHANTEMESSE
Pathologie expérimentale et comparée.		
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BIEN CHER PÈRE

A MA MÈRE VÉNÉRÉE

*Hommage de l'affection filiale de leur fille
reconnaissante.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Depuis que les anatomo-pathologistes, aidés des chirurgiens, ont signalé la fréquence de la grosse sse tubaire et la transformation de la trompe gravide en kyste hémorrhagique, dans lequel à l'œil nu, on peut ne pas trouver traces d'embryon, ni de membranes de l'œuf, on est plutôt porté à faire le diagnostic de grossesse tubaire, chaque fois qu'on enlève un kyste hémorrhagique de la trompe.

En 1895, M. Camelot fit une thèse sur *la salpingite hémorrhagique* dans laquelle on trouvait consciencieusement recueilli tout ce qui avait trait à la question.

En 1896, M. Raimond a fait sa thèse sur *l'Anatomie pathologique et la bactériologie des salpingo-ovarites*, cette thèse contient beaucoup de nouvelles données très intéressantes. Depuis ce moment il n'a paru dans la littérature médicale que fort peu de travaux à ce sujet. Nous avons eu l'occasion d'étudier, avec l'aide de M. le Dr Weinberg, un cas d'hématosalpinx, opéré par notre maître M. le Dr Gérard-Marchand ; nous avons eu, également, l'occasion d'étudier une collection de coupes, appartenant à M. le professeur Cornil et à M. le Dr Weinberg et nous profitons de cette étude pour mettre en relief les lésions

histologiques de cette forme de salpingite, laquelle a été, selon nous, un peu trop délaissée, durant ces dernières années. Nous diviserons notre travail en quatre chapitres :

Dans le premier, nous résumerons l'histologie normale de la trompe ;

Dans le second, nous donnerons la classification et les caractères généraux des différentes formes de la salpingite hémorragique, telles qu'elles sont acceptées généralement par les auteurs classiques.

Le troisième chapitre traitera spécialement des lésions de la salpingite hémorragique, que nous synthétiserons d'après les recherches antérieures de M. le professeur Cornil, d'après notre observation personnelle et d'après les analyses histologiques qui nous ont été bienveillamment confiées par M. le docteur Weinberg.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser nos sincères remerciements à tous nos maîtres.

Et tout d'abord, nous envoyons nos hommages émus à la mémoire de notre cher maître, M. Hanot qui nous a comblée des marques de sa bienveillance pendant l'année que nous avons passée dans son service de l'hôpital St-Antoine.

M. le Docteur Gérard Marchant nous a enseigné la clinique chirurgicale.

Il a bien voulu nous confier son observation qui est la base de notre thèse. Nous nous permettons de lui adresser nos plus sincères remerciements.

Nous tenons aussi à remercier M. le docteur Blanc, qui a bien voulu se dessaisir en notre faveur de la pièce

qui lui a été confiée par M. le docteur Gérard Marchant.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Richelot, Tuffier, Jarbe, Marfan, Cuvelier et Jaquet, reçoivent ici l'expression de notre gratitude pour le bon enseignement dont nous avons profité à côté d'eux.

Mlle Rose, sage-femme en chef de la clinique de M. le Professeur Pinard, a fait tout son possible pour faciliter nos études obstétricales. Nous l'en remercions très sincèrement.

M. le professeur Cornil, avec sa bonté habituelle, a mis à notre disposition la série de coupes de salpingite hémorragique qu'il a faites avec M. Weinberg. Nous ne saurions trop le remercier de son obligeance.

Nous adressons, ici, l'expression de notre admiration à notre vénéré maître M. Gombault, médecin des hôpitaux, qui nous a initiée à l'histologie pathologique et ne nous a pas ménagé ses bons conseils.

M. Weinberg a bien voulu nous aider dans l'étude de notre observation, il nous a également remis le résumé de ses observations personnelles, qu'il reçoive ici nos meilleurs remerciements.

Depuis plusieurs mois nous travaillons dans le service de M. le professeur Pinard qui nous a montré à plusieurs reprises toute sa bienveillance. Il nous a également accordé la faveur de présider notre thèse. Nous le prions de croire à notre sincère gratitude et à nos sentiments très respectueux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

SALPINGITE HÉMORRHAGIQUE

(ÉTUDE HISTOLOGIQUE)

CHAPITRE I

Histologie normale de la trompe.

On reconnaît dans la trompe trois couches de dedans en dehors : la muqueuse, la musculuse et la séreuse.

I. — *La muqueuse* est plissée en long et présente sur une coupe transversale, une série de villosités qui remplissent la lumière de la trompe. Très peu marquées du côté de l'ostium utérin, ces végétations sont d'autant plus marquées et leurs végétations latérales, sont d'autant plus nombreuses, qu'on se rapproche du pavillon de la trompe.

La muqueuse présente à considérer l'épithélium de revêtement et le chorion.

L'épithélium de revêtement est cylindrique et haut de 15 à 20 mm.; il est muni de cils vibratiles. Ces cellules cylindriques tapissent la trompe dans tout son trajet et dépassent

même un peu le bord libre du pavillon, au-delà duquel elles s'aplatissent graduellement pour se continuer avec les cellules endothéliales du péritoine.

Le chorion est formé par du tissu conjonctif très riche en cellules ; on y trouve beaucoup de capillaires sanguins et lymphatiques.

On rencontre parfois dans la partie externe du chorion un nombre plus ou moins grand de fibres musculaires lisses.

Celles-là viennent de la couche musculaire interne. M. Raymond a tendance à considérer ces fibres lisses de la muqueuse, que Williams a décrites le premier, sous le nom de *fibres longitudinales internes*, comme constituant une véritable *muscularis mucosæ*.

La *musculeuse* est formée de deux anneaux musculaires. La couche interne, épaisse de 0 mm. 2 environ est constituée par des fibres circulaires, qui forment un anneau complet.

La couche externe, deux fois plus épaisse que la couche précédente, présente des fibres longitudinales.

Les deux couches sont séparées par un tissu cellulaire peu abondant, à l'état normal, et contenant quelques petits vaisseaux.

On trouve parfois dans la profondeur de la musculeuse des formations glandulaires que Williams attribue à des prolongements des culs-de-sac épithéliaux dans les tissus jusque sous le péritoine.

La *séreuse* est formée par le péritoine doublé de tissu cellulaire sous-péritonéal, très riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques, surtout au niveau du méso-salpinx.

CHAPITRE II

Lésions histologiques des différentes formes de salpingite.

En 1887, M. le professeur Cornil a fait paraître un travail sur les lésions histologiques des salpingites et des ovarites. Dans ce beau travail, il a résumé presque tout ce que nous savons actuellement sur le sujet. A l'étranger il faut noter les recherches d'Orthmann, de Landau et de Williams.

En 1826 paraît une excellente thèse, celle de Reymond, dans laquelle cet auteur traite la question au double point de vue histologique et bactériologique et apporte quelques détails très intéressants.

On peut diviser les salpingites en deux grandes classes ; 1° *salpingites aiguës* ; 2° *salpingites chroniques*.

La *salpingite aiguë* présente les variétés suivantes : Endo-salpingite, salpingite catarrhale, salpingite aiguë purulente ; salpingite hémorragique.

a. — L'*Endo-salpingite*, c'est-à-dire l'inflammation limitée strictement à la muqueuse de la trompe, a été bien étudiée par Reymond. Ce dernier croit que cette variété est très fréquente et qu'elle est due au gonocoque.

Ses caractères: — On trouve un épaississement considérable de la muqueuse, qui peut, à elle seule, représenter les deux tiers de la paroi de la trompe.

Absence d'épithélium de revêtement par places. Infiltration inflammatoire du chorion. Présence de gonococcus dans les cellules épithéliales desquamées et dans les leucocytes.

B. — *Salpingite catarrhale végétante* (Cornil).

Ses caractères. — Hypertrophie de l'organe; la trompe est bosselée, moniliforme, souvent adhérente à l'ovaire.

Hypertrophie de la muqueuse. Ses plis envoient un nombre considérable de végétations latérales. Au point où ces excroissances partent d'un centre commun, on rencontre souvent la coupe transversale d'un vaisseau assez volumineux (Cornil).

Quelques plis peuvent s'anastomoser, ce qui donne à la coupe un aspect réticulé.

L'épithélium de revêtement est cylindrique dans les sinus qui séparent les végétations, et cubique aux points où les franges se compriment.

Hypertrophie de tous les éléments du conduit fibromusculaire.

Épaississement du tissu cellulaire sous-péritonéal.

C. — *Salpingite aiguë purulente.*

Ses caractères: — La cavité de la trompe contient du pus ;

Les végétations sont séparées par du muco-pus ;

Les végétations sont plus épaisses que dans la salpingite catarrhale ;

Les cellules de revêtement souvent très aplaties, manquent par places. Une couche de muco-pus adhère à la surface libre des cellules cylindriques ;

Infiltration leucocytaire intense du chorion de la muqueuse, de la musculuse et de la couche sous-péritonéale ;

Parfois suppuration du tissu conjonctif et destruction superficielle et circonscrite des végétations ; les vaisseaux lymphatiques sont dilatés et remplis de globules blancs.

B. — Transformation possible de la salpingite purulente en pyosalpinx.

Dans les poches salpingiennes l'orifice abdominal est toujours cerné, tandis que l'orifice utérin est rarement oblitéré complètement, le plus souvent il est simplement rétréci comme l'a bien montré M. Reymond

C. — Salpingite hémorrhagique aiguë (voir au chapitre III).

L'arrêt de l'écoulement du liquide est, dans ces conditions, occasionné non par l'oblitération du canal, au sens histologique de ce mot, mais bien : 1° par la diminution inflammatoire de son calibre ; 2°, par la compression extérieure et 3° par la modification du trajet de la lumière (torsion et sinuosités).

Notons ici le mécanisme de la fermeture de l'orifice abdominal de la trompe qui n'a pas contracté d'adhérences avec les organes voisins. Ceci a été bien mis en évidence par les recherches de Reymond. Ce dernier a mon-

tré que l'oblitération de cet orifice se fait non pas aux dépens de la muqueuse, mais bien aux dépens du péritoine. La fermeture se fait en deux temps : 1° D'abord les franges reviennent sur elles-mêmes et tendent à rentrer dans le pavillon. 2° A partir de ce moment les faces péritonéales s'accolent et leur revêtement séreux se soude à lui-même et ferme l'orifice abdominal de la trompe.

Salpingite chronique.

Deux variétés principales : salpingite hypertrophique et salpingite atrophique auxquelles il faut ajouter la salpingite chronique hémorrhagique.

a. — *Salpingite chronique hypertrophique* (pachysalpingite, salpingite interstitielle).

La trompe est volumineuse (petit doigt, index), couleur lie de vin, violacée, d'une consistance charnue ; oblitération de l'orifice abdominal, rétrécissement de l'orifice utérin.

Caractères histologiques. — Hypertrophies des végétations remplissant le canal de la trompe ;

Hypertrophie considérable du tissu musculaire ;

Epaississement du squelette conjonctif de la trompe.

b. — *Salpingite chronique atrophique.* — Pour M. Pozzi c'est un stade plus avancé et, pour ainsi dire, secondaire de la pachyméningite hypertrophique, passée à l'état de cirrhose de la trompe.

Caractères. — Disparition du tissu musculaire ; rétraction de l'organe. Dans les cas extrêmes transformation de la trompe en un cordon dur et imperméable.

(c. *Salpingite hémorrhagique chronique*. v. Ch. III).

Lésions vasculaires. — Dans la salpingite, et surtout dans la salpingite chronique, on a trouvé des lésions vasculaires très nettes : endartérites, phlébites (Sawinoff, Reymond), thrombose des artères.

Présence des microbes. — Dans la salpingite blennorrhagique, on trouve des gonocoques dans l'intérieur des leucocytes et des cellules épithéliales tombés dans le canal de la trompe. Wertheim les a trouvés dans toute l'épaisseur de la trompe, ce qui n'a pas été confirmé par les recherches de Reymond.

La présence d'autres microbes comme les streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, est confirmée.

CHAPITRE III

Lésions histologiques de la salpingite hémorragique.

Nous résumerons dans ce chapitre les lésions histologiques de la salpingite hémorragique d'après les recherches antérieures aux nôtres, d'après notre observation personnelle et les études histologiques que nous devons à l'extrême bienveillance de M. le professeur Cornil et de M. Weinberg.

Il faut distinguer la salpingite hémorragique aiguë de la salpingite hémorragique chronique.

Salpingite hémorragique aiguë.

Cette variété survient le plus souvent sur le terrain d'inflammation chronique comme dans l'observation II, (fig. I).

Les lésions sont récentes et n'intéressent, en général que la muqueuse et la couche sous-séreuse de la trompe.

L'épithélium de revêtement est conservé presque partout, sauf au niveau de quelques villosités. Dans la plupart des points il est cubique au lieu d'être cylindrique.

Les villosités sont très épaissies. Leurs éléments cons-

titutifs sont hypertrophiés. Les cellules conjonctives sont volumineuses, leur protoplasma prend plus vivement la

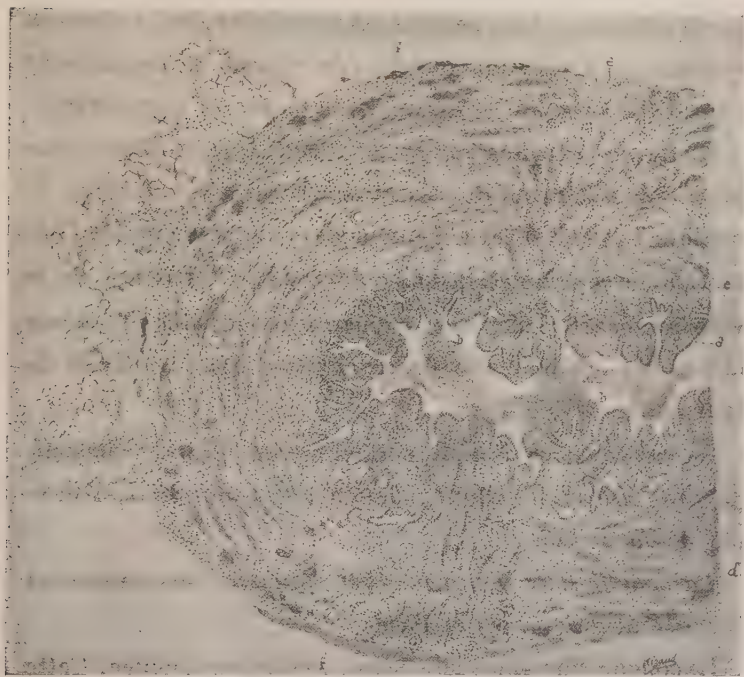


FIG. I.

D'après une préparation de MM. CORNIL et WEINBERG.

Salpingite hémorragique aigue développée sur le terrain d'une salpingite chronique.

a. — Villosité de la muqueuse épaissie et infiltrée d'éléments embryonnaires.

b. — Villosités présentant des foyers hémorragiques, l'épithélium cylindrique manque à la surface de l'une de ces villosités (b').

c. — Sous-muqueuse très épaissie.

d. — Couche fibro-musculaire très hypertrophiée.

e. — Placards fibreux allant de la muqueuse vers la couche péritonéale et au niveau desquels la couche musculaire est interrompue.

f. — Vaisseaux de la sous-séreuse distendus et gorgés de sang.

matière colorante qu'à l'état normal. Les cellules sont disloquées par des leucocytes.

Les capillaires sanguins sont très dilatés et par places gorgés de sang. Les cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques sont augmentées de volume et desquament dans la lumière du vaisseau, dans la cavité lymphatique.

Quelques villosités présentent des lésions hémorragiques de différents degrés et tantôt ellesont le siège de quelques petits foyers d'apoplexie sanguine, tantôt l'hémorragie a complètement bouleversé la structure de la villosité, écarté tous ses éléments constitutifs et même fait couler l'épithélium de revêtement dans la cavité de la trompe.

La cavité de la trompe contient une grande quantité de sang mélangé à du mucus et à un nombre considérable de leucocytes.

La couche sous muqueuse est épaissie, ses vaisseaux présentent des parois épaisses.

La couche fibro-musculaire est très hypertrophiée. Cette hypertrophie porte aussi bien sur les faisceaux musculaires, espacés les uns des autres, mais ayant conservé en général leur direction normale, que sur le tissu conjonctif interfasciculaire devenu très dense.

La couche sous séreuse est très épaisse.

Le plus souvent les vaisseaux de cette région sont également très épaissis et distendus par le sang. Les foyers d'infection aiguë y sont également fréquents.

Quand la pièce est fraîche (provenant d'opération) et bien durcie, on peut souvent constater l'endothélium péritonéal.

Les dépôts de pigment sanguin, dans le cas de salpingite hémorrhagique aiguë, sont insignifiants, quand ils existent.

*Lésions histologiques de la salpingite
hémorrhagique chronique.*

Dans cette variété, les lésions sont beaucoup plus accusées que dans la salpingite hémorrhagique aiguë. Elles portent sur toutes les couches de la trompe.

La pièce opérée par M. le Dr Gérard-Marchant, et que nous avons étudiée avec M. le Dr Weinberg, présente des lésions tout à fait caractéristiques de salpingite hémorrhagique chronique (Fig. II).

Lésions.— La plupart des villosités dans les muqueuses disparaissent. Dans quelques endroits, on peut cependant reconnaître des lambeaux de muqueuse conservée et recouverte de son épithélium cylindrique ou plus souvent cubique.

La muqueuse est le siège de nécrose hémorrhagique.

La partie externe de la muqueuse présente des foyers hémorrhagiques très étendus. On trouve au milieu des foyers hémorrhagiques et à côté d'eux des dépôts de pigment sanguin.

Congestion intense de la couche fibro-musculaire. Les faisceaux musculaires sont séparés par des faisceaux conjonctifs plus larges que normalement.

La sous-séreuse est le siège de congestion intense et parsemée de foyers hémorragiques.

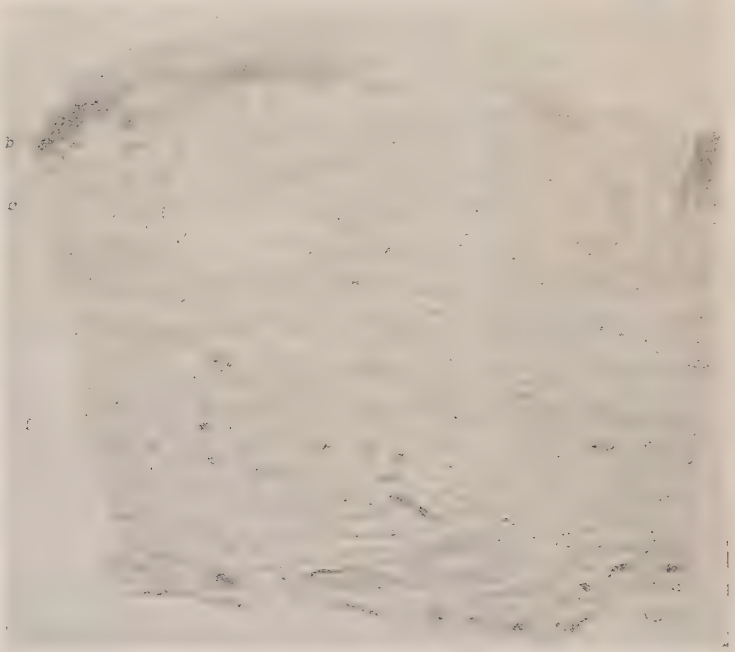


FIG. II

Salpingite chronique kystique.

a. — Un placard nécrotique parsemé de rares noyaux et se trouvant à la place des villosités de la muqueuse disparues.

b. — Infiltration hémorragique intense de la partie profonde de la muqueuse.

c. — Épaississement considérable de la sous-muqueuse, parcourue de vaisseaux capillaires gorgés de sang et dirigés perpendiculairement à l'axe de la trompe.

d. — Couche fibro-musculaire très épaisse. Ses vaisseaux sanguins présentent des parois très épaisses et sont gorgés de sang.

On constate des dépôts de pigment sanguin dans toutes les couches de la trompe.

∴

Il y a des cas, comme dans l'observation IV, où la poche salpingienne remplie d'une collection sanguine considérable ne présente presque pas de lésions hémorragiques.



FIG. III.

D'après une préparation de M. WEINBERG.

Hémato-salpinx, salpingite chronique atrophique.

a. — Muqueuse dépourvue de villosités et recouverte d'épithélium cubique.

b. — Villosité isolée, épaissie et ne présentant pas de ramifications latérales.

c. — Sous-muqueuse épaissie, ses cellules conjonctives sont disposées parallèlement à l'axe.

d. — Couche musculaire amincie.

e. — Couche sous-péritonéale épaissie et présentant un gros vaisseau.

La paroi de la poche, très mince et presque transparente offre dans ce cas des lésions de salpingite chronique atrophique. On trouve cependant, ici de la congestion limitée à la muqueuse et à la sous-séreuse. Quelques rares villosités de la muqueuse peuvent présenter des foyers hémorragiques.

Complément.

Pour qu'une collection sanguine se produise dans la trompe, il n'est pas nécessaire que l'orifice utérin soit oblitéré au sens histologique de ce mot. En réalité, les auteurs ont souvent mentionné la communication libre de la cavité utérine avec celle de la trompe.

Cependant il y a des cas incontestables où cette oblitération complète du canal salpingien existe.

Très souvent le canal est tout simplement très rétréci, ou bien on trouve une malformation le long du canal utéro-vaginal.

M. Veit considère toute atrésie de ce canal comme étant d'origine inflammatoire, c'est-à-dire *acquise*.

Souvent on constate la torsion de la trompe hémorrhagique. Nous croyons qu'on ne s'est pas assez occupé de la question, à savoir si la torsion est primitive, ou bien secondaire à la formation de l'hématosalpinx.

Herff a observé un cas intéressant de segmentation d'un hématosalpinx tordu en plusieurs compartiments. Cette disposition spéciale était due, dans ce cas, aux nombreuses adhérences péritonéales.

Guérard a observé un cas de torsion double de la trompe, au niveau de son extrémité utérine et à son bout péritonéal. Les deux torsions sont survenues d'après l'auteur, non pas en même temps, mais successivement.

Veit a observé un cas très curieux de la coïncidence, chez la même femme, de grossesse tubaire (trompe gauche), s'étant terminée par l'avortement et formation d'hé-

matocèle rétro-utérine, avec un hématosalpinx de la trompe droite.

Origine des collections sanguines de la trompe.

D'où vient le sang accumulé dans la trompe ? Trois théories sont en présence.

Théorie ovarique. — D'après quelques auteurs et surtout d'après Klotz et Bandl le sang vient de l'ovaire et dans les conditions suivantes : La trompe adhérant à l'ovaire par les franges du pavillon, le sang d'un follicule rompu s'écoule naturellement dans la trompe ou bien dans la cavité péritonéale.

Contre cette théorie il y a deux choses à dire. D'abord, il y a des cas de salpingite hémorragique avec petite collection sanguine, où la fermeture complète du pavillon n'existe pas. Puis, le plus souvent, les franges du pavillon se soudent et ferment complètement l'orifice péritonéal de la trompe. Dans ces conditions l'ovaire est séparé de la trompe par des adhérences, à travers lesquelles le sang venant de la rupture d'un follicule de Graaf ne peut pas se frayer un chemin.

Théorie des reflux. — D'autres auteurs, comme Aron, Bernütz, Goupil, etc., prétendent que le sang en question est d'origine utérine. Sanger explique ce passage du sang de l'utérus vers la trompe par les contractions antipéristaltiques de l'utérus rempli de sang menstruel.

On invoque également encore la large communication de la cavité utérine avec le canal de la trompe.

Théorie salpingienne. — Actuellement la plupart des gynécologues soutiennent la théorie de Keivich, Hegar, Rose, Schröder, que le sang vient de la trompe elle-même. Ses avis sont cependant partagés sur la question de savoir si l'hémorrhagie est d'ordre menstruel ou bien d'origine inflammatoire.

Des savants très éminents comme Terrillon, Lawson, Tait, Blandsulten, Chopin, Minaert, Hoffmeier et Landau-Rheinshein, mettent en cause la menstruation tubaire, se basant sur ce fait qu'au moment des règles il se produit un écoulement sanguin de la trompe dans la cavité utérine.

D'autres observateurs, comme Säger et Martin ; critiquent cette manière de voir, ayant toujours trouvé des lésions de la trompe dans les hémato-salpiux.

D'après nous, ce sont ces derniers auteurs qui sont dans le vrai, car nous considérons comme constantes les lésions de la paroi de la trompe, dans le cas d'hémato-salpinx.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Service du Dr Gérard-Marchant, hôpital Boucicaut.

Hémo-salpinx gauche diagnostiqué avant l'opération. Laparotomie guérison par le Dr Gérard-Marchant, chirurgien de Boucicaut.

Louise P..., 39 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Boucicaut, Pavillon L. Le Forts. Aseptique, le 3 décembre 1899. Elle se plaint du ventre, depuis deux mois, et ses douleurs, et l'augmentation de volume de l'abdomen auraient été exagérées par une chute faite il y a un mois.

Les règles ont toujours été régulières, mais elles ont diminué depuis quelques mois, son dernier enfant a 19 ans.

L'examen révèle une tumeur abdominale, qui n'est *pas médiane*, elle occupe la *fosse iliaque gauche* et remonte jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est mobile, résistante, et on peut y percevoir de la fluctuation.

Par le toucher vaginal on constate que l'ensemble de l'utérus, légèrement augmenté de volume, est *dejeté à droite*.

Dans le cul-de-sac latéral, on sent, en remontant le long de l'utérus, le pôle inférieur de la tumeur, séparé par un certain espace des parties latérales de l'utérus.

Du côté droit le cul-de-sac est absolument libre.

A l'hystéromètre, on trouve 8 cent. 1/2. Le premier diagnos-

tic est tumeur kystique, peut-être ovarienne, bien que cette situation latérale de la masse ne cadre pas absolument avec le diagnostic.

Pendant les quelques jours où cette malade est restée en observation avant d'être opérée, la tumeur a notablement augmenté de volume, sa position latérale est devenue plus évidente, et enfin sa forme rappelait celle d'une aubergine, caractères qui nous ont beaucoup frappé. Cette augmentation de volume a coïncidé avec un léger écoulement sanguin vaginal.

L'ensemble de ces caractères nous fait porter *le diagnostic de kyste développé aux dépens de la trompe, et probablement hématique.*

Cette malade a été opérée le 13 décembre 1899, après anesthésie par l'éther. Sous l'anesthésie après relâchement de la paroi musculaire, la tumeur est nettement latérale et à gros pôle supérieur.

La laparotomie a révélé qu'il s'agit d'un *hémosalpinx* ; cette démonstration a été rendue évidente par le passage d'un stylet dans le conduit de la trompe qui s'ouvrait dans une énorme poche kystique dilatée.

Les suites opératoires ont été des plus simples et le 14 janvier 1900 l'opérée quittait Boucicaut complètement rétablie.

Opération du 11 décembre 1899.

Laparotomie.

On tombe sur un kyste de couleur bleuâtre de forme oblongue comme une aubergine parsemée surtout en haut et à droite de petits kystes séreux jaunâtres, dont plusieurs se crèvent par la pression. Ponction par laquelle s'écoule du sang et de la sérosité 1300 gr. En pinçant le péritoine avec des pinces

en T on détache de ses adhérences le kyste qui adhère en haut à l'intestin. Il est également adhérent au grand épiploon que l'on sectionne au-dessous d'une pince. La main fait ensuite le tour de la tumeur et reconnaît ses rapports. En avant la vessie est excessivement adhérente : on sectionne le péritoine avec les ciseaux, au-dessus d'elle et on la décolle avec une compresse. On tombe sur une tranche qui saigne ; aussitôt on se porte plus en arrière. La vessie détachée on voit encore un cordon arrondi, ferme, gros comme une forte plume d'oie qui traverse obliquement la tumeur de bas en haut et de droite à gauche, cordon net en bas, qui se perd insensiblement sur le pôle supérieur de la tumeur. Un moment on pense à l'utérus. C'est la trompe gauche dont l'ampoule a donné naissance à la tumeur qui semblait tout d'abord être un kyste de l'ovaire. Le kyste enlevé on peut par le cathétérisme montrer que c'est bien à une trompe dilatée que l'on a affaire.

Sortie le 14 janvier.

Etude histologique. — La paroi de cette poche kystique, bien que celle-ci soit volumineuse, atteint par places des dimensions considérables. Son épaisseur varie de 3 à 12 mm. Sur la coupe, la face interne de la poche ne présente pas de villosité. Mais elle est tapissée presque partout par une couche épaisse, légèrement granuleuse, d'aspect lardacé.

La surface externe de la poche est couverte de fausses membranes.

Examen microscopique de la pièce. — A l'œil nu, on constate, après avoir coloré les coupes à l'éosine et à l'hématéine, que la couche d'aspect lardacé se colore uniformément en rose pâle. Mais au-dessous d'elle on remarque, dans la couche externe de la muqueuse, une bande épaisse et très

rouge, ce qui indique une infiltration hémorragique intense, à ce niveau. On constate également à l'œil nu des foyers hémorragiques de la couche sous-péritonéale.

A un faible grossissement, on ne trouve pas les plis caractéristiques de la muqueuse de la trompe.

Sur quelques préparations on trouve des débris de villosités, qui paraissent à ce grossissement, complètement dépourvus de leur épithélium de revêtement.

La couche interne de la trompe est constituée par une masse presque amorphe, anfractueuse, parsemée d'un petit nombre de noyaux cellulaires. La partie profonde de cette couche présente des foyers hémorragiques qui se continuent sur toute la circonférence de la coupe.

La couche sous-muqueuse est très épaissie et formée d'un tissu conjonctif très serré. Elle est sillonnée de vaisseaux gorgés de sang qui rayonnent de la muqueuse vers la couche musculieuse. La couche musculaire est très épaissie : ses vaisseaux présentent des parois très hypertrophiées et sont gorgés de sang. Dans la couche sous-péritonéale on trouve, non seulement de la congestion, mais encore de larges placards d'apoplexie sanguine.

Ajoutons un fait très important : on trouve dans cette préparation un grand nombre de dépôts pigmentaires disséminés dans toutes les couches et disposés aussi bien autour des foyers hémorragiques que loin de ceux-ci.

A un fort grossissement la couche interne nécrosée ne permet de reconnaître que des débris cellulaires colorés en rose très pâle par l'éosine et des noyaux également très pâles, dont on reconnaît par places difficilement le contour. On trouve, à

ce niveau, beaucoup de grains pigmentaires intercalés aux débris cellulaires.

Là où nous avons trouvé les vestiges des villosités de la muqueuse on retrouve, surtout au fond des sinus qui séparent les villosités, l'épithélium de revêtement, mais ces points sont excessivement rares. L'épithélium a perdu sa forme cylindrique, il est discontinu, cubique et par places complètement aplati.

La partie profonde du chorion de la muqueuse, qui présente de gros placards hémorragiques, montre un nombre considérable de placards pigmentaires épais, d'aspect noirâtre.

Ces foyers pigmentaires se retrouvent également, au niveau de la sous-muqueuse, mais, ici, beaucoup plus discrets.

La sous-muqueuse est constituée presque exclusivement par des faisceaux de cellules conjonctives très serrés les uns contre les autres. On trouve également dans cette couche quelques foyers leucocytaires. Dans la couche musculaire on retrouve de la congestion, des dépôts pigmentaires, des placards d'infiltration leucocytaire diffuse, ainsi que de la diapédèse leucocytaire péri-vasculaire. Les faisceaux musculaires sont hypertrophiés, mais séparés par du tissu conjonctif beaucoup plus épais que normalement.

On trouve dans la couche sous-péritonéale au milieu de grands placards hémorragiques des foyers d'infection aiguë, caractérisés par l'amas des globules blancs, disposés sous forme de trainées bleuâtres (coloration par l'hématéine).

On trouve également, dans le reste de la couche sous-péritonéale, de la diapédèse leucocytaire assez intense, autour d'un grand nombre de vaisseaux. Le péritoine est épaissi.

En résumé, nous sommes en présence ici d'un processus inflammatoire chronique hémorragique de la trompe, caractérisé par l'épaississement considérable de la paroi salpingienne, par la nécrose hémorragique de la muqueuse par la congestion, par les foyers hémorragiques de toutes ces couches et par les dépôts pigmentaires disséminés dans tout les points de la préparation. Nous avons la certitude qu'il ne s'agit pas dans ce cas de la transformation de la trompe gravide en un œuf apoplectique, car l'examen soigné d'une série considérable de coupes, provenant de sept endroits différents de la trompe, ne nous a pas permis de déceler aucun caractère histologique d'une trompe gravide. Nous n'y avons trouvé, ni traces de membranes de l'œuf, ni villosités choriales. Enfin, point très important, le chorion de la muqueuse ne présente en aucun point de son étendue la transformation déciduale.

OBSERVATION II (inédite).

Hôpital Cochin, service du Dr Schwartz.

B... j. B..., sexe féminin, âgée de 29 ans, couturière, domicile, 76, rue d'Allemagne, entrée le 4 décembre 1899.

Diagnostic. — Hématosalpinx.

La malade a eu un enfant, il y a deux ans et demie. Elle avait jusque là été très bien portante. Ses règles apparues à 13 ans étaient régulières, il n'y avait pas de pertes blanches.

La conception a eu lieu à la suite d'une intervention dont il est difficile de préciser la nature, pratiquée par un médecin que la malade aurait consulté, étonnée de n'avoir pas d'en-

fants, après 7 années de mariage. L'accouchement fut difficile. Il n'y eût pas de phénomènes graves d'infection. Mais c'est à cette époque que la malade fait remonter l'origine de ses accidents.

A partir de cet accouchement elle a eu des pertes blanches, des leucorrhagies peu abondantes.

Des douleurs pelviennes bilatérales et elle était soignée pour une métrite.

Dix mois après elle a fait une fausse couche de 6 semaines. Les pertes blanches et les douleurs ont augmenté. Les hémorrhagies ont, au contraire, diminué. Depuis, c'est-à-dire depuis 2 ans, la malade a des pesanteurs dans le ventre, avec par moment des douleurs plus vives du côté droit, surtout lorsque elle se fatigue.

Elle a des pertes blanches abondantes.

L'état général est bon. Les règles, un peu plus abondantes qu'autrefois, sont moins régulières.

Il y a 2 mois les douleurs sont devenues beaucoup plus vives et la malade s'est mise à perdre en rouge.

Les douleurs présentaient des exacerbations fréquentes, elles siègeaient surtout sur le côté droit de la région pelvienne et s'irradiaient dans les cuisses et dans tout l'abdomen. Le diagnostic porté est celui de pelvipéritonite.

Le mois dernier les pertes ont cessé mais les douleurs persistent avec leurs mêmes caractères.

La malade a ses règles au moment où elle entre à l'hôpital.

Aucune interruption des règles.

Pas de gonflement des seins.

Chloroforme le 9 décembre. — Le diagnostic portait celui de salpingite ancienne.

Laparotomie. Dès que le péritoine est ouvert, du sang brun noirâtre épanché depuis un certain temps s'écoule. On va à la recherche de la trompe, qui est prolabée dans le cul-de-sac postérieur. Elle est adhérente et se déchire dans la traction ; elle ne contient que des caillots. Ligature du pédicule au catgut, préféré, en cas d'une infection possible, par ce sang septique.

Toilette du péritoine.

Les annexes gauches sont saines.

Drainage. Fermeture de la paroi.

10 Décembre. — Température du matin 38 ; le soir 37,9.
Pouls bon.

11 Décembre. — Température 37,5. L'état général est satisfaisant.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il ne s'agissait pas d'une grossesse extra-utérine, mais d'une salpingite hémorragique.

Les fils sont enlevés au dixième jour. La réunion est parfaite.

L'abdomen est légèrement ballonné.

Il aurait augmenté de volume dans ces derniers mois seulement. La palpation provoque une douleur vive, dans toute la région sus-pelvienne, surtout à droite. Mais tout le reste de l'abdomen est douloureux.

Au toucher vaginal : l'utérus est en position normale, légèrement augmenté de volume ; le col est entrouvert, de consistance normale.

Il existe dans le cul-de-sac postérieur une masse en arrière.

Elle est chaude, rénitente, très douloureuse à la pression.

Il existe au sommet droit une légère diminution de respiration avec broncho-pneumonie.

Le diagnostic hésite entre une salpingite suppurée kystique et une grossesse extra-utérine. La malade a du colostrum, mais la sécrétion a persisté depuis le dernier allaitement.

Pas d'autres signes de grossesse.

Etude histologique (remise par le Dr Weinberg). — L'épaisseur de la trompe durcie dans l'alcool est de 0,013 millimètres. L'épaisseur de la muqueuse est de 0,002 millimètres environ.

L'épaisseur de la couche fibro-muscleuse est de 0,004.

Examinée à l'œil nu, la coupe colorée à l'hématéine éosine, on constate que la muqueuse ne présente pas une coloration uniforme.

Sur une grande partie de son étendue elle est colorée en violet, grâce à l'imprégnation des noyaux par l'hématéine. Mais en deux points cette bande violette est interrompue par deux gros foyers rouge brique qui indiquent la présence du sang. De ce gros foyer hémorragique part une infiltration hémorragique légère d'une partie de la muqueuse intercalée aux deux foyers hémorragiques.

En réalité, à l'œil nu, la muqueuse présente en cet endroit des taches bleues sur un fond rouge.

La couche fibro-musculaire est irrégulièrement épaissie, colorée par l'éosine en rose vif.

On remarque, du côté du point hémorragique de la muqueuse, deux bandes violettes qui se dirigent, en ligne légèrement oblique, vers le péritoine, sans cependant l'atteindre. On trouve également du même côté quelques petits foyers bleuâtres disséminés dans la couche fibro-musculaire de la trompe,

toujours du côté où les lésions hémorrhagiques de la muqueuse paraissent le plus accusées.

On ne reconnaît pas, à l'œil nu, la couche externe de la trompe, car elle présente la même coloration et le même aspect que la couche moyenne.

Au niveau du péritoine on trouve seulement une augmentation de l'intensité de la teinte, ce qui fait que la coupe est bordée par un filet coloré en rouge plus vif que celui du reste de la coupe.

En examinant une série de préparations sous le microscope on constate les lésions suivantes :

La cavité de la trompe est irrégulière, à paroi festonnée, et contient une grande quantité de sang, mélangée de mucus, de globules blancs et d'un grand nombre de cellules épithéliales desquamées.

Les végétations de la muqueuse sont pour la plupart très épaisses et présentent des ramifications, beaucoup moins nombreuses que celles que l'on trouve dans la salpingite catarrhale aiguë.

Ces végétations s'anastomosent en quelques points, ce qui permet de voir dans leur épaisseur des cavités pseudo-glandulaires.

Quelques-unes de ces végétations présentent un fond rougeâtre, parsemé de points violets, ce qui indique l'infiltration hémorrhagique en ces points.

Quelques végétations de la muqueuse sont dissociées, absolument dépourvues de ramifications et tellement gorgées de sang qu'on ne reconnaît plus leur structure primitive.

En quelques points la muqueuse manquant, la sous-mu-

queuse très épaissie et présentant une série de foyers leucocytaires est à nu.

L'*Epithélium de revêtement* n'est pas continu. On le trouve toujours dans les sinus des plis des végétations, où il conserve presque toujours sa forme cylindrique.

Quelques végétations sont recouvertes complètement d'épithélium, mais en ces points l'épithélium a pris la forme cubique.

Les végétations hémorrhagiques présentent un revêtement épithélial discontinu, ou bien en manquent complètement.

Nous ne voyons nulle part d'une façon nette la présence de cils vibratiles, surmontant les cellules cylindriques. Celles-ci sont souvent couvertes d'une couche de globules rouges, ou bien d'une mince couche de substance mucoïde.

La muqueuse, comme nous l'avons déjà vu, est formée par une série de végétations, dont quelques-unes présentent simplement une infiltration inflammatoire et quelques autres sont le siège de lésions hémorrhagiques de différents degrés.

Les premières, quand on les examine à un fort grossissement, présentent les lésions suivantes : Toutes les cellules conjonctives sont dissociées par des globules blancs et par places, par quelques globules rouges extravasés.

Les cellules conjonctives elles-mêmes sont enflammées, grosses et leur protoplasma prend plus vivement que normalement l'éosine.

Les capillaires sont distendus, quelques-uns sont gorgés de globules rouges.

Les vaisseaux lymphatiques présentent dans leur cavité un grand nombre de globules blancs, surtout polynucléaires.

Les cavités pseudo-glandulaires que l'on trouve souvent

dans l'épaisseur de ces végétations, gardent fréquemment un épithélium cylindrique.

Quelques-unes de ces cavités contiennent des granulations de mucus et un grand nombre de cellules épithéliales desquamées, mêlées à quelques leucocytes.

Végétations hémorrhagiques. — Quelques-unes de ces végétations ont conservé leur face normale et présentent dans leur intérieur de petits foyers apoplectiques, d'autres sont dépourvues de leur épithélium de revêtement et leur structure est absolument détruite. Quand on examine ces végétations à un fort grossissement, on constate que tous les éléments conjonctifs sont dissociés par les globules rouges.

En plusieurs points on trouve de grands foyers hémorrhagiques dans lesquels on reconnaît, parmi les globules rouges, quelques filaments de fibrine.

Tous les capillaires sanguins sont distendus par le sang, plusieurs de ces capillaires arrivent jusqu'à la bordure interne, dépourvue d'épithélium de revêtement, de la végétation hémorrhagique.

Sur une série de préparations, nous ne trouvons pas de capillaires s'ouvrant à plein canal dans la cavité de la trompe au niveau de cette muqueuse dénudée.

La *sous-muqueuse* est très épaissie, elle est constituée presque exclusivement de cellules conjonctives très serrées et disposées perpendiculairement à l'axe de la trompe.

La couche fibro-musculaire est très hypertrophiée. Cette hypertrophie porte aussi bien sur le tissu conjonctif de cette couche que sur les faisceaux de ses fibres musculaires. La couche interne de la paroi musculaire a bien conservé sa direction parallèle à l'axe de la trompe; mais ses faisceaux

sont séparés par le tissu conjonctif épaissi qui contient de petits foyers inflammatoires et de gros vaisseaux à paroi très épaisse.

Dans deux points de la circonférence, la paroi musculaire est interrompue par deux placards de tissus fibreux inflammatoires, dont l'un arrive jusqu'à la couche musculaire externe et dont l'autre atteint le péritoine.

Ces placards sont formés exclusivement de faisceaux de cellules conjonctives très serrées et qui pour la plupart se dirigent obliquement vers la muqueuse.

On ne trouve pas de foyers hémorragiques dans la paroi fibro-musculaire. On remarque également l'absence de dépôts pigmentaires.

La couche sous-péritonéale est très épaisse, infiltrée par places, de leucocytes ; elle présente, en nombre considérable, des vaisseaux très distendus par des globules rouges.

Le péritoine présente en quelques points son épithélium aplati.

En résumé cette trompe est atteinte de lésions inflammatoires chroniques portant sur toutes les couches de l'organe.

On constate des lésions hémorragiques d'une certaine importance surtout au niveau de la muqueuse. L'origine des accidents hémorragiques ne peut pas être mise au compte des lésions vasculaires.

OBSERVATION III (étude histologique inédite).

Communiquée par le Dr Weinberg.

Poche hémorragique de la trompe, opérée par M. Clado, (pièce envoyée à M. le professeur Cornil, pour l'examen histologique).

A un faible grossissement. — On peut déjà constater que l'hémorragie ne constitue qu'un phénomène tout à fait secondaire dans le processus inflammatoire de la trompe.

En effet il s'agit ici de salpingite purulente, compliquée d'épanchement hémorragique envahissant la cavité de la trompe, sans que nous puissions trouver de lésions vasculaires expliquant l'hémorragie.

Examen histologique. — Les villosités de la muqueuse sont très espacées, très épaisses et sont infiltrées, surtout au niveau de leur bord libre, de nombreux éléments embryonnaires.

L'épithélium de revêtement, qui tapisse ces villosités, est intact dans les sinus qui les séparent, mais il est aplati et disparu complètement par places au sommet des villosités.

Quelques villosités présentent des foyers hémorragiques. Les espaces intervillositaires sont tapissés par un épithélium, discontinu et aplati. Le chorion de la muqueuse à ce niveau présente une infiltration leucocytaire diffuse. Quelques foyers hémorragiques du chorion viennent affleurer à la surface dénudée en ces points. En deux points la muqueuse de la trompe est le siège de suppurations assez étendues. En effet nous n'y trouvons plus d'épithélium de revêtement, la muqueuse est déchiquetée et montre des lambeaux suppurés qui flottent dans la cavité de l'organe.

La tunique fibro-musculaire, sous-jacente à ces foyers de suppuration, présente une infiltration inflammatoire diffuse.

La couche sous-péritonéale est fortement épaissie, montre de nombreux points de diapédèse leucocytaire autour de ses vaisseaux et quelques vaisseaux sous-péritonéaux sont dilatés et gorgés de sang.

OBSERVATION IV (Inédite).

Communiquée par le Dr Weinberg.

Hématosalpinx double, opéré par M. Auvray, chirurgien des hôpitaux.

I. — *Latrompe gauche* présente une cavité kystique du volume d'une grosse noix, à paroi très mince, ne dépassant pas, par places, en épaisseur 1 mm.

La partie externe de la trompe a, à peu près, trois mm. d'épaisseur.

L'examen histologique montre des lésions différentes, suivant qu'on examine la trompe au niveau de sa poche, ou bien au niveau de sa partie externe non kystique.

Dans sa partie externe, la trompe présente des lésions chroniques. Sa muqueuse est encore assez riche en villosités ramifiées, mais ses ramifications ne sont pas nombreuses. Dans beaucoup d'endroits, les villosités n'existent pas. Et l'épithélium de revêtement aplati recouvre plus ou moins facilement la surface de la muqueuse. L'épithélium de revêtement est recouvert, lui-même, d'un mélange de mucus et de globules rouges.

Le chorion de la muqueuse est constitué par du tissu con-

jonctif très tassé, formé, de cellules disposées parallèlement à la coupe de la trompe.

Le chorion de la muqueuse est pauvre en vaisseaux. Quelques uns d'entre eux sont distendus par les globules rouges.

La tunique fibro-musculaire est également serrée. Ses vaisseaux sont très congestionnés.

On trouve quelques petits foyers hémorrhagiques autour de ses vaisseaux.

La couche sous-péritonéale est très épaissie.

Au niveau de la poche, la paroi de la trompe présente, au suprême degré, les lésions de la salpingite chronique atrophique.

En effet, on ne trouve presque pas de plis de la muqueuse. Par places, on voit s'élever de petites villosités très courtes et ne présentant que très rarement, une ou deux ramifications latérales.

Sur une coupe, qui a à peu près trois centimètres de longueur, nous ne trouvons qu'une seule villosité de la muqueuse grêle et longue, qui s'épanouit à son extrémité en quelques petites ramifications très courtes.

C'est, au niveau de cette villosité, que l'épithélium de revêtement a conservé sa forme cylindrique. Ailleurs, il s'aplatit, devient cubique et dans quelque points devient tout à fait plat. Par places, l'épithélium de revêtement disparaît complètement; mais nous pensons qu'il s'agit ici d'un accident de préparation. Le chorion de la muqueuse est formé de cellules conjonctives très serrées les unes contre les autres, pauvres en vaisseaux.

On ne voit presque pas de vaisseaux congestionnés.

La tunique musculaire est très atrophiée, on ne reconnaît

plus distinctement les deux couches de fibres musculaires lisses. On ne retrouve en cet endroit que de rares faisceaux musculaires disposés presque tous parallèlement à la surface de la muqueuse. La couche sous-séreuse est épaissie et c'est là qu'on trouve surtout des vaisseaux congestionnés.

II. — Dans l'*hémato-salpinx droit*, la poche présente à peu près les mêmes dimensions que du côté opposé. Au niveau de la partie non kystique, on trouve des lésions de salpingite hypertrophique avec une légère congestion, surtout localisée au niveau de la sous-séreuse. La poche elle-même, présente absolument les mêmes lésions atrophiques, celles du côté gauche.

En résumé les deux poches salpingiennes, tout en étant hémorrhagiques, ne présentent presque pas de lésions hémorrhagiques. Leurs parois amincies présentent des lésions d'atrophie, mais à leur niveau nous ne trouvons rien qui pourrait expliquer la formation de la collection sanguine sur place.

CONCLUSIONS

I. — L'hématosalpinx paraît avoir parfois, pour origine, la salpingite hémorrhagique, bien que la grossesse soit plus généralement invoquée en présence d'un kyste hémomatique de la trompe.

II. — Dans tous les cas de kyste hémorrhagique de la trompe, quel qu'en soit le volume, on note l'oblitération cicatricielle et complète de l'orifice péritonéal de l'organe.

III. — Le volume de la trompe hémorrhagique peut varier de la grosseur d'une noix à celle d'une tête de fœtus.

L'orifice utérin peut être simplement rétréci et demeurer perméable, même dans les grandes collections hémorrhagiques.

IV. — La salpingite hémorrhagique aiguë peut se greffer sur le terrain d'une salpingite chronique. Dans ce cas, les lésions hémorrhagiques peuvent être limitées à la muqueuse salpingienne.

V. — Dans la salpingite chronique, on peut constater la disparition complète des villosités de la muqueuse avec nécrose du chorion.

VI. — Lésions histologiques de la salpingite hémorragique aiguë : *a*) congestion intense surtout au niveau de la muqueuse et de la couche sous-péritonéale ; *b*) foyers d'apoplexie sanguine disséminés dans l'épaisseur du chorion de la muqueuse ; *c*) dissociation, à ce niveau, des éléments conjonctifs par les globules rouges ; *d*) disparition de l'épithélium de revêtement, au niveau des villosités hémorragiques.

VII. — Lésions histologiques de la salpingite hémorragique chronique : *a*) épaississement de toutes les couches constituant les trompes ; *b*) dilatation de tous les vaisseaux de la trompe ; *c*) nécrose hémorragique d'un grand nombre de villosités de la muqueuse ; *d*) dépôt pigmentaire dans toutes les couches de la trompe.

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu : le président de la thèse,
PINARD

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

M. Camelot a réuni dans sa thèse de 1895 tout ce qui a paru sur l'histologie pathologique de la trompe jusqu'à cette date.

Nous n'indiquerons des travaux parus postérieurement que ceux, dans lesquels on trouve des observations ou des études histologiques.

Cornil et Terrillon. — Anatomie et histologie pathologique de la salpingite et de l'ovarite. Archives de physiologie normale et pathologie, 1887. .

Camelot. — De l'hématosalpinx. Thèse 1895.

Pozzi (S). — Traité de gynécologie.

Veit (J). — Handbuch der gynäkologie.

Reymond (E). — Anatomie pathologique et bactériologie des salpingo-ovarites. Thèse de Paris, 1895.

Schober. — Tumeurs kystiques salpingiennes. Thèse de Paris, 1895-1896.

Stini. — Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginal à tous les âges. Etat normal et pathologique. Thèse de Paris, 1896-1897.

Maillard. — De la torsion des salpingites. Thèse de Paris, 1897-1898.

Gordanoff. — Recherches cliniques et bactériologiques des salpingo-ovarites 1897-1898.

Macrez. — Tumeurs papillaires de la trompe. Thèse de Paris, 1898-1899.

Daniel. — Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine, 1898-1899

Beurignon. — De la salpingite tuberculeuse. Thèse de Nancy, 1897-1898.

Frank et Orthmann. — Ein Fall von tuberculose der Töleiten und Eier-Stocke. Berlin Wochenschrift, 1898, n° 6, p. 108.

Friedenheim. — Ueber ein primäres. Carcinom der Tubenwand. Berlin Klin. Wochenschrift, 1899, n° 25, p. 542.

